

Första generationens cefalosporiner ej lämpliga vid bakteriell luftvägsinfektion

I en intressant fallbeskrivning, som presenterats i Läkartidningen av Odd Spandow och medarbetare [1] illustreras ett fall av lateral sinustrombos som en sällsynt men allvarlig komplikation till obehandlad akut mediaotit. Odling på mellanörönsekret taget via aspiration genom trumhinnan visade ingen bakterieväxt. Intravenös behandling med Zinacef 1,5 g 3 gånger dagligen gavs i tio dagar och patienten skrevs ut med fortsatt oral antibiotikaterapi med T Cefamox 500 mg en tablett 4 gånger dagligen under två veckor. Förloppet var komplikationsfritt.

Antibiotikavalet förtjänar en kommentar. Etiologin vid akut mediaotit domineras av *Streptococcus pneumoniae* och *Haemophilus influenzae*. I det relaterade fallet var orsaken till infektionen okänd och den initiala behandlingen med Zinacef intravenöst synes därför

adekvat. Däremot kan den perorala uppföljningen med Cefamox (cefadroxil) ifrågasättas. Cefadroxil liksom cefalexin (Cefalexin Scand Pharm, Keflex) tillhör första generationens cefalosporiner, vilka kännetecknas av mycket låg aktivitet mot *H influenzae*.

Det innebär att denna luftvägspatogen är resistent mot dessa preparat. God effekt föreligger främst mot grampositiva kocker som *Staphylococcus aureus*, betahemolytiska streptokocker och pneumokocker som har normal känslighet för penicillin. Eftersom etiologin inte var känd hade t ex ett av de nyare orala cefalosporinerna, som har utmärkt effekt mot både pneumokocker och *H influenzae*, varit ett säkrare behandlingsalternativ.

Tyvärr används första generationens cefalosporiner ej sällan för behandling av bakteriella luftvägsinfektioner, inte

minst hos barn. Deras nisch i detta sammanhang är främst streptokocktonsillit hos patient som är allergisk mot penicillin (ej vid anafylaktisk reaktion) samt recidiverande streptokocktonsillit. Vid otit, sinuit och nedre luftvägsinfektioner bör dessa preparat inte förskrivas, i synnerhet inte när *H influenzae* kan vara etiologiskt agens. Om ett oralt cefalosporin övervägs på dessa indikationer rekommenderas ett av de nyare preparaten.

Torsten Sandberg
docent, överläkare,
infektionskliniken,
Sahlgrenska Universitets-
sjukhuset/Östra, Göteborg

Referens

1. Spandow O, Gothefors L, Fagerlund M, Holm S. Fallbeskrivning av icke behandlad otit. Huvudvärk avslöjade lateral sinustrombos. Läkartidningen 1997; 94: 4505-8.

Angelägna frågor i "Hur farlig är sjukvården?"

Jag tycker att Bengt Järhult i debattartikeln »Hur farlig är sjukvården», Läkartidningen 6/98, tar upp mycket viktiga spörsmål. Det är just sådana problem som läkare idag brottas med.

1. Kvalitetssäkring är som sagt ordet. Problemet är att man likställer kvalitetssäkring med hur mycket dokumentation man har. Detta är nämligen mätbart. Det mätbara görs till det viktiga, just därför att det är mätbart. Man bryr sig inte om att dokumentationsmängden är för stor när sjukvårdspersonalen knappt hinner träffa patienterna längre.

2. Våndan inför att vi läkare också är

människor och att detta innebär att vi ibland gör fel. Problemet är att officiellt sett ska läkaren vara felfri. Detta innebär att nära nog alla läkare bär på »onda samveten», liksom Bengt Järhult. Det vore nog lättare för oss läkare om vi vågade tala öppet om detta problem.

3. Att man hela tiden ökar vår arbetsbörda med nya byråkratiska pålagor. Bra exempel är de som Bengt Järhult nämnde, den nya receptblanketten för narkotikaklassade medel samt signeringstvånget. Varje tillägg i arbetsbördan kan försvaras var för sig. Det är summan av dem som gör vårt arbete

näst intill omöjligt att hinna med, utan att fuska. Som exempel på fusk är att man endast signerar utan att korrekturläsa. Tiden räcker helt enkelt inte till.

Detta är viktiga frågor. Man hade hoppats att repliken från generaldirektör Claes Örtendahl, Socialstyrelsen, skulle vara noga analyserande och nyanserad inför dessa svåra och viktiga ämnen. Jag tycker inte att Claes Örtendahls replik uppfyllde dessa kriterier.

Georg Langrath
överläkare,
geriatriska kliniken,
Ljusdals sjukhus

Operation eller träning vid urininkontinens?

Ingela Wiklund skriver i Läkartidningen 51-52/97 att »det skett en förskjutning från en mer traditionell strävan efter att bota sjukdom och lindra symtom till förmån för preventiva åtgärder». Förhoppningsvis i detta sammanhang innebär inte detta att kvinnor som skulle kunna bli botade från urininkontinens med operation i stället får nöja sig med hjälpmedel och träningsprogram.

Så undrar jag om det nya begreppet »hälsorelaterad livskvalitet» tillför något nytt? Räcker det inte att tala om livskvalitet? Med livskvalitet avses väl en övergripande upplevelse av den egna tillvaron (har jag det bra?). Att den upplevelsen påverkas negativt av symtom, t ex urinläckage, säger sig självt.

I slutet av artikeln skriver Ingela Wiklund att »Det fåtal studier som utvärderat olika slags behandlingsinsat-

ser pekar entydigt på goda resultat». Det hade varit intressant att här få veta resultat av operativ behandling jämfört med resultat av träning och rådgivning. Frågan är ju vilken behandling kvinnor med urininkontinens skall rekommenderas.

Ulla Kahn
överläkare,
Beroendecentrum Nord,
Stockholm